



Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Resume Medis IGD RSCM oleh Verifikator BPJS Kesehatan

Hadiki Habib, Radi Muharris Mulyana, Imamul Aziz Albar, Septo Sulistio

Instalasi Gawat Darurat, Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM), Jakarta, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Sejak dijalankan tahun 2014, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terus mengalami perbaikan. Penyebab klaim tidak dapat diproses perlu dianalisis, diidentifikasi, dan diperbaiki, oleh karena itu perlu diidentifikasi. Penelitian dilaksanakan di RSCM bulan Januari sampai November 2017, atas data rekam medis, berupa resume medis, hasil koding, dan rincian biaya. Dari 855 resume medis yang gagal verifikasi, diambil sampel 270 berkas secara acak. Sebanyak 215 (79,6%) resume medis dapat dibaca dengan baik, sehingga memudahkan proses telaah. Sebanyak 206 (76,3%) resume medis lengkap. Hampir separuh (49%) kasus tidak gawat darurat. Dari resume medis yang memang melaporkan pengelolaan kasus gawat darurat, hanya 58% diagnosis yang menggambarkan kegawatdaruratan. Masih ada 22,6% koding yang tidak sesuai dengan diagnosis yang tertulis di resume medis.

Kata kunci: Jaminan Kesehatan Nasional, resume medis, verifikator

ABSTRACT

Introduction: Since its inception in 2014, Indonesian National Health Insurance Program has been continually improved. Causes of unsuccessful claims need to be recognized and analyzed. The survey was done in Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta, Indonesia from January till November 2017. From 855 unsuccessful claims, 270 medical records were randomly retrieved. A sum of 215 (79.6%) records were readable and can be analyzed; 206 (76.3%) were complete. Nearly half (49%) cases were not an emergency. Among reported emergencies, only 58% diagnosis was compatible with emergency condition. And 22.6% coding were not compatible with diagnosis in medical resume. **Hadiki Habib, Radi Muharris Mulyana, Imamul Aziz Albar, Septo Sulistio. Causes of Rejection of Emergency Medical Records from Accident/Emergency Department, Cipto Mangunkusumo General Hospital by Indonesian National Health Insurance Verificator.**

Keywords: Medical record, National Health Insurance, verificator

PENDAHULUAN

Sejak dijalankan tahun 2014, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terus mengalami perbaikan pengelolaan. Salah satu komponen yang berusaha diperbaiki adalah implementasi sistem pembayaran klaim menggunakan *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs).^{1,2} Beberapa perbaikan dilakukan di tingkat rumah sakit terkait keterlambatan pengajuan klaim tagihan, tidak sesuai nilai tarif INA-CBGs dengan nilai tarif rumah sakit, serta kurangnya komitmen rumah sakit dalam melaksanakan program.³

Penerapan sistem INA-CBGs dalam bidang gawat darurat juga perlu evaluasi dan ditingkatkan. Pelayanan gawat darurat medis adalah pelayanan kesehatan yang harus

diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan.⁴ Aturan Permenkes diikuti oleh peraturan BPJS no. 1 tahun 2014 menegaskan bahwa dalam kondisi gawat darurat, semua fasilitas kesehatan baik layanan primer maupun rujukan, dapat memberikan pertolongan sesuai kapasitasnya.⁵ Apabila pasien atau korban mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS, maka klaim atas tindakan di Unit Gawat Darurat (UGD) dapat diajukan ke BPJS.⁵⁻⁷

Usaha pelayanan gawat darurat ternyata menemui kendala dalam proses penagihan di rumah sakit Cipto Mangunkusumo. Pada bulan November 2015, Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) menerima 855 resume medik pasien

IGD yang tidak lolos verifikasi BPJS. Kejadian ini kemudian berulang di tahun 2016. Akibat tagihan tidak dapat diklaim sesuai pengeluaran, secara finansial rumah sakit akan mengalami kerugian, dan secara etika kedokteran, petugas kesehatan yang sudah melakukan kewajiban profesi di IGD RSCM tidak mendapatkan haknya.

Penyebab klaim resume medis tidak dapat diproses perlu dianalisis, diidentifikasi, dan diperbaiki, karena tidak hanya berdampak pada pelayanan IGD RSCM saja tapi juga berdampak sistemik terhadap rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *cross-sectional mix method* (deskriptif kuantitatif dan kualitatif). Penelitian akan menghasilkan data deskriptif dan analisis secara kualitatif. Data kualitatif

HASIL PENELITIAN



didapatkan dengan melakukan eksplorasi terhadap proses. Metode kualitatif digunakan untuk menggali lebih dalam proses bisnis pengajuan klaim, dan penyebab-penyebab tagihan dari IGD tidak dapat diklaim karena dianggap bukan kasus kegawatdaruratan. Data deskriptif didapatkan dengan melakukan evaluasi *post-coding* terhadap resume medis.

Penelitian dilaksanakan mulai bulan Januari sampai November 2017 di RSCM, data diambil di unit rekam medis, berupa resume medis, hasil koding, dan rincian biaya. Dari 855 resume medis yang gagal verifikasi, diambil 270 berkas secara acak sebagai sampel untuk dievaluasi. Satu resume medis akan dievaluasi oleh dua dari 4 peneliti (HH, RMM, SS, IAA). Kelengkapan resume medis dinilai berdasarkan Permenkes No 269/Menkes/Per/III/2008.⁸ Apabila telah disepakati, hasil telaah akan dicatat; apabila belum dijumpai kesepakatan, akan diambil keputusan oleh peneliti ketiga.

Informan yang diwawancarai dapat bertambah sewaktu-waktu apabila ada informasi yang dianggap perlu untuk memahami proses bisnis dan celah dalam proses bisnis tersebut yang menyebabkan timbulnya situasi yang sedang diteliti. Daftar tilik dibuat sebagai instrumen penelitian untuk menilai resume medis dan hasil koding.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelayakan Resume Medis

Langkah awal menilai sebuah resume medis adalah menentukan apakah resume medis dapat dievaluasi. Sebanyak 215 (79,6%) resume medis dapat dibaca dengan baik, sehingga memudahkan proses telaah (Tabel 1). Resume medis yang sulit dibaca akan menyulitkan proses verifikasi baik oleh verifikator internal maupun verifikator BPJS.

Resume medis yang baik harus menggambarkan pelayanan medis yang diterima oleh pasien selama berada dalam fasilitas kesehatan, komponen resume medis terdiri dari sinopsis pelayanan medis, hasil pemeriksaan penunjang yang relevan, tindakan atau prosedur medis yang dilakukan, dan diagnosis.⁹ Instruksi pasca-rawat perlu dilampirkan agar proses kontrol ulang dapat dilaksanakan dan pasien tidak mengalami pembiaran (*negligent*).⁹ Perlu dipastikan informasi yang tertulis dalam resume medis sama dengan informasi dalam rekam medis,

perbedaan (*discrepancy*) informasi adalah kondisi tidak layak, sehingga informasi dianggap tidak *valid* dan proses verifikasi gagal.⁹ Sebanyak 206 (76,3%) resume medis dinyatakan lengkap (Tabel 1). Tindakan yang tertulis di resume medis akan diverifikasi di catatan medis terintegrasi oleh verifikator BPJS.

Tabel 1. Evaluasi kelayakan resume medis IGD RSCM

Kelayakan Resume Medis	Jumlah	%
Resume medis dapat dibaca		
Ya	215	79,6
Tidak	55	20,4
Total	270	100
Resume medis lengkap		
Ya	206	76,3
Tidak	64	23,7
Total	270	100

Penelitian Irmawati (2016) menunjukkan bahwa berkas klaim tidak lengkap dan pelayanan medis yang tidak sesuai merupakan penyebab utama berkas klaim rawat inap dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan.¹⁰ Kelengkapan yang dimaksud adalah terdapat surat eligibilitas peserta BPJS, terdapat surat perintah rawat inap, terdapat resume medis, terdapat bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur, terdapat laporan operasi, terdapat protokol terapi dan regimen obat, terdapat resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan, dan berkas penunjang.¹⁰ Sebagai perbandingan, angka kepatuhan pengisian *care plan* yang rendah di RS Fatmawati (30%) terjadi karena *care plan* belum diwajibkan sebagai syarat pasien pulang, dan belum ada evaluasi kelengkapan *care plan*.¹¹

Salah satu upaya untuk meningkatkan kelayakan resume medis adalah dengan menerapkan sistem resume medis elektronik: resume tidak dibuat dengan tulisan tangan, melainkan diketik dalam formulir elektronik terstruktur, sehingga tulisan dipastikan dapat dibaca dan komponen penting yang harus dituliskan dalam resume dapat diisi. Kendala yang dapat muncul dari metode ini adalah edukasi menggunakan perangkat elektronik dan kepatuhan petugas kesehatan menuliskan laporan menggunakan istilah dan singkatan baku di rumah sakit. Penggunaan resume medis elektronik di pelayanan gawat darurat dapat mengefisienkan waktu untuk mengumpulkan riwayat penyakit pasien dan

menegakkan diagnosis.¹² Edukasi formal perlu diberikan selama proses pendidikan dokter agar dapat menuliskan resume medis yang lengkap sesuai kriteria, tulisan dapat dibaca, dan menghindari singkatan-singkatan tidak baku.

Kesesuaian Kasus Gawat Darurat

Dari total 270 resume medis yang dikembalikan verifikator BPJS Kesehatan, ternyata setelah dilakukan pemeriksaan ulang resume medis, hampir separuh (49%) kasus yang ditangani memang tidak gawat darurat (Tabel 2).

Tabel 2. Karakteristik kasus-kasus yang datang ke IGD RSCM

Karakteristik	Jumlah	%
Kasus memang gawat darurat		
Ya	138	51
Tidak	132	49
Total	270	100
Diagnosis menggambarkan kegawatdaruratan		
Ya	80	58
Tidak	58	42
Total	138	100

Proporsi kunjungan non-gawat darurat di beberapa pusat layanan kesehatan berbeda-beda. Studi yang dilakukan selama 5 tahun (2001-2006) di 29 negara bagian di Amerika Serikat menunjukkan proporsi kunjungan non-gawat darurat sebanyak 2,2%.¹³ Penelitian di berbagai negara menunjukkan peningkatan penggunaan Unit Gawat Darurat (UGD) untuk kasus-kasus non-gawat darurat, sehingga menimbulkan kondisi UGD yang penuh sesak.¹⁴ Terdapat berbagai alasan pasien memilih mengunjungi UGD daripada poliklinik, antara lain persepsi pasien mengenai kondisinya yang sepertinya parah, keluhan muncul pada saat poliklinik sudah tutup, dan ketersediaan akses ke UGD lebih banyak dibandingkan poliklinik.¹⁵ Dari perspektif sistem layanan kesehatan, tingginya kunjungan pasien dengan kondisi tidak segera (*non-urgent*) ke UGD menunjukkan adanya kendala akses masyarakat kepada pelayanan kesehatan standar.¹⁵

Dari perspektif finansial, membatasi pembayaran penanganan kasus non-gawat darurat di UGD dianggap dapat mengurangi beban biaya yang ditanggung pihak penjamin, selain berusaha mengurangi selisih biaya riil dengan biaya yang diklaim.¹⁶



HASIL PENELITIAN

Diagnosis Gawat Darurat

Dari resume medis yang memang melaporkan pengelolaan kasus gawat darurat, ternyata hanya 58% diagnosis yang dibuat menggambarkan kegawatdaruratan yang menyebabkan pasien datang ke IGD. Sedangkan 42% menuliskan diagnosis rawat jalan, meskipun saat berada di IGD memang mengalami kondisi gawat darurat (Tabel 2). Beberapa contoh diagnosis yang tidak menggambarkan kegawatdaruratan antara lain terdapat di tabel 3.

Metode penetapan kesesuaian indikasi pasien masuk IGD RSCM adalah dengan melihat diagnosis akhir di resume medis, metode ini serupa dengan yang dilakukan di beberapa negara bagian di Amerika Serikat.¹⁶ Dengan melihat diagnosis resume medis saat pasien dipulangkan dapat menyebabkan penegakan diagnosis dianggap tidak gawat darurat. Penelitian Raven menunjukkan terdapat ketidaksesuaian antara diagnosis yang tertulis dalam resume medis pasien pulang dari UGD dengan keluhan awal saat pasien datang. Dari 6,3% resume medis dengan diagnosis tidak gawat darurat, sebesar 11,1% mendapat kategori triase perlu penanganan segera, 12,5% pasien membutuhkan rawat inap, dan 3,4% pasien dikirim ke ruang operasi.¹⁶

Hal ini menunjukkan perlu ada konsep dalam pelayanan medis untuk meningkatkan relevansi antara keluhan pasien saat datang ke UGD dan diagnosis pulang. Relevansi ini diperlukan tidak hanya untuk kepentingan akademik, namun juga diperlukan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan memberikan informasi akurat kepada para pengambil kebijakan.

Metode penetapan kondisi gawat darurat secara retrospektif berdasarkan diagnosis di resume medis menyebabkan ketidakpastian penjaminan yang dialami pasien dan menjadi salah satu faktor pertimbangan petugas kesehatan ketika menangani pasien baru dengan keluhan yang mengganggu namun kondisi atau diagnosis yang belum jelas. Apabila ternyata setelah evaluasi awal dan tatalaksana pasien diputuskan rawat inap, maka klaim sesuai INA-CBGs dapat diajukan, namun apabila ternyata setelah evaluasi dan tindakan stabilisasi ternyata kondisi pasien dapat membaik dengan cepat dan mampu

rawat jalan, pembayaran tidak dapat melalui klaim INA-CBGs, padahal sumber daya yang digunakan untuk pengelolaan tersebut sudah melebihi tarif episode rawat jalan.

Tabel 3. Diagnosis resume medis di IGD yang tidak menggambarkan kondisi gawat darurat

Kondisi Pasien di IGD	Diagnosis yang Ditulis
Syok hipovolemia akibat diare	Gastroenteritis akut
Hematoskezia	Anemia aplastik
Epistaksis akibat trombositopenia berat	Anemia aplastik
Penurunan kesadaran	Rabdomiosarkoma metastasis otak
Perdarahan per vaginam	Kanker serviks stadium 2A

Tabel 4. Karakteristik pengelolaan di IGD

Pengelolaan di IGD	Jumlah	%
Cara pulang		
Berobat jalan	232	85,9
Pulang atas permintaan sendiri (PAPS)	28	10,4
Meninggal	7	2,6
Rujuk tempat lain	3	1,1
Total	270	100
Lama di IGD		
<8 jam	90	33,3
8-24 jam	161	59,6
>24 jam	18	7,1
Total	270	100

Tabel 5. Contoh diagnosis dan koding yang tidak sesuai

Diagnosis	Koding
Diare akut dengan dehidrasi ringan sedang	Diare
<i>Syncope</i>	Hipertensi esensial
Hipertensi berat	Hipertensi esensial

Pada tahun 2016, dalam menetapkan kriteria kondisi gawat darurat, verifikasi mengacu pada Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS.⁵ Berdasarkan klarifikasi oleh peneliti, terdapat 31% kasus gawat darurat yang kondisinya belum tercantum dalam kriteria BPJS Kesehatan, namun berdasarkan wawancara dengan koordinator verifikasi BPJS di RSCM, diketahui bahwa karena keterbatasan jenis diagnosis dalam aturan BPJS dan variasi kasus kompleks yang ada di RSCM, maka patokan kondisi gawat darurat tidak harus sesuai dengan kriteria BPJS Kesehatan selama resume medis lengkap dan sesuai dengan rekam medis. Memberikan batasan diagnosis gawat atau tidak gawat tanpa mempertimbangkan keluhan dan tanda yang membuat pasien datang ke UGD dapat meningkatkan angka rujuk ke layanan

rawat jalan yang tidak aman karena pasien seharusnya mendapatkan tatalaksana di UGD ketika mereka datang.¹⁷

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian *Case Base Groups* (INA-CBGs) menuliskan bahwa hanya dikenal 2 episode perawatan dalam INA-CBGs, yaitu rawat inap dan rawat jalan, sehingga pelayanan di UGD dikelompokkan dalam pelayanan rawat jalan. Sedangkan episode rawat inap apabila pasien mendapatkan fasilitas rawat inap atau mendapatkan perawatan >6 jam di rumah sakit.⁸

Seluruh pasien yang resume medis dianggap bukan gawat darurat ternyata tidak ada yang masuk ke ruang rawat inap (rawat inap 0%), sebagian besar (85.9%) pulang dari IGD. Pasien-pasien ini pulang dari IGD bukan hanya karena kondisi yang tidak gawat darurat, akan tetapi pasien dengan kondisi gawat dan membutuhkan perawatan, namun tidak mendapatkan ruang rawat di RSCM karena kamar penuh; mayoritas pasien berada di IGD lebih dari 8 jam dan akhirnya pulang dari IGD karena tidak mendapat ruang rawat, ada juga pasien yang pulang atas permintaan sendiri atau meninggal dunia setelah dilakukan resusitasi agresif (Tabel 4).

Pasien yang membutuhkan rawat inap, namun masih berada di IGD RSCM lebih dari waktu stabilisasi yang diperlukan (8 jam) menunjukkan aliran pasien di dalam rumah sakit yang terhambat. Gangguan aliran pasien ini dapat menimbulkan kondisi IGD penuh sesak (*overcrowding*).¹⁸ Secara administratif dapat merugikan karena pengobatan rawat inap bisa saja dimulai di IGD padahal pasien masih dalam status rawat jalan.

Peranan Supervisi Administrasi dan Keuangan di IGD RSCM

Bagian keuangan perlu bekerjasama dengan bagian pelayanan medik IGD RSCM terutama untuk mengurangi angka kunjungan pasien non-gawat darurat dan mengurangi pengelolaan berlebihan pasien non-gawat darurat selama berada di IGD RSCM.

Terkait kelengkapan resume medis, proses bisnis bagian keuangan di IGD sebenarnya sudah memiliki sistem penyaringan yang baik dari mulai kasir, koder internal IGD, sampai

HASIL PENELITIAN



penata rekening IGD. Proses bisnis yang belum terstruktur adalah penyelesaian resume medis yang tidak lolos verifikasi. Belum ada SPO yang mengatur respons bagian keuangan dalam mengelola resume medis yang dikembalikan, dan belum ada pelaporan hal-hal apa saja yang menyebabkan resume medis dikembalikan.

Proses koding sangat penting untuk menetapkan besaran biaya yang akan dibayarkan kepada fasilitas kesehatan. Penulisan koding berdasarkan diagnosis yang terdapat dalam resume medis. Dari hasil

pengamatan antara diagnosis yang tertulis dan koding yang ditetapkan, mayoritas sudah sesuai (77,4%), namun masih ada 22,6% koding yang tidak sesuai dengan diagnosis yang tertulis di resume medis (**Tabel 5**).

SIMPULAN

Beberapa penyebab resume medis pasien IGD RSCM yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan adalah tulisan tidak dapat dibaca, resume medis tidak lengkap, kasus memang tidak gawat darurat, diagnosis tidak menggambarkan kegawatdaruratan, koding

tidak sesuai dengan diagnosis di resume medis, dan pasien tidak masuk ke ruang rawat inap.

SARAN

Keterampilan dalam menuliskan resume medis perlu diajarkan dalam pendidikan kedokteran formal. Perlu ada kriteria pembiayaan tertentu untuk pengelolaan pasien-pasien gawat darurat yang berbeda dari pembiayaan rawat jalan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 59 tahun 2014 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2014.
2. Kusumaningtyas DRS, Kresnowati L, Ernawati D. Analisa perbedaan biaya riil rumah sakit dengan tarif INA-CBGs 3.1 untuk kasus persalinan dengan sectio caesaria pada pasien jamkesmas di RSUD Tugurejo Semarang triwulan 1 tahun 2013. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat UDINUS; 2013.
3. Ardianty R. Analisis implementasi program Jamkesmas di Rumah Sakit PMI Bogor tahun 2012. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2012.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional. 2013.
5. BPJS. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan. 2014.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional. 2014.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). 2014.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis 2008.
9. Thomas J. Medical records and issues in negligence. *Indian J Urol*. 2009;25(3):384-8.
10. Irmawati, Sugiharto, Susanto E, Astrianingrum M. Faktor-faktor penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Tugurejo. *Prosiding Seminar Nasional Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*; 2016 .p. 124-6.
11. Amalia FP. Analisis kepatuhan dokter dalam mengisi formulir care plan pada rekam medis pasien rawat inap di RSUP Fatmawati tahun 2016. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2017.
12. Furukawa MF. Electronic medical records and the efficiency of hospital emergency departments. *Medical care and research review* 2011;68(1):75-90.
13. Mortensen K. Copayments did not reduce medicaid enrolless non emergency use of of emergency departments. *Health affairs* 2010;29(9):1643-9.
14. Redstone P, Vancura JL, Barry D, Kutner JS. Nonurgent use of the emergency department. *J Ambulatory care manage* 2008;31(4):370-6.
15. Uscher-Pines L, Pines J, Kellerman A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: A systematic review of the literature. *Am J manag Care* 2013;19(1):47-59.
16. Raven M, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying 'non-emergency' emergency department visits. *JAMA*. 2013;309(11):1145-53.
17. Sommers A, Boukus ER, Carrier ER. Dispelling myths about emergency department use: majority of medicaid visits are for urgent or more serious symptoms. Washington, DC: Center for Studying Health System Change; 2012.
18. Joint Commission Perspectives. Standards revisions addressing patient flow through the emergency department. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* 2012;32(7):1-4.